ประกาศ

สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลประสาท จำกัด

เรื่อง "การขอรับทุนการศึกษาบุตรของสมาชิก"

.....

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลประสาท จำกัด จะพิจารณาให้ทุนการศึกษาบุตรของสมาชิก เพื่อส่งเสริมด้านการศึกษาบุตรสมาชิก และช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลประสาท จำกัด โดยมีมติคณะกรรมการดำเนินการชุดที่ 47 ครั้งที่ 13/2569 เมื่อวันพฤหัสบดีที่ 15 ตุลาคม 2569 จึงกำหนดการให้ทุนระดับชั้น ดังนี้

1. การกำหนดการให้ทุนระดับชั้น

1.	ระดับชั้นอนุบาล	ไม่เกินทุนละ	1,000	บาท
2.	ระดับชั้นประถมศึกษา	ไม่เกินทุนละ	1,400	บาท
3.	ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	ไม่เกินทุนละ	1,600	บาท
4.	ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	ไม่เกินทุนละ	2,000	บาท
5.	ระดับชั้น ปวส./ปริญญาตรี	ไม่เกินทุนละ	2,500	บาท

(จำนวนทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิกแต่ละปีขึ้นอยู่กับการจัดสรรกำไรสุทธิประจำปีตามที่คณะกรรมการดำเนินการเห็นสมควร และสามารถถัวเฉลี่ยได้ในระดับชั้นเดียวกัน)

2.คุณสมบัติของผู้รับทุน มีดังนี้

1. เป็นบุตรที่เกิดจากบิดา หรือ มารดาที่เป็นสมาชิก
2. มีผลการเรียนไม่ต่ำกว่า 2.00 ยกเว้นระดับชั้นอนุบาล หรือกรณีเด็กพิเศษ
3. กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันศึกษาของทางราชการหรือเอกชนที่ทางการรับรอง
4. สมาชิกคนหนึ่งมีสิทธิขอรับทุนได้เพียง 1 ทุน ถ้าบิดา หรือ มารดา ต่างเป็นสมาชิกก็ให้ได้รับทุนเพียง 1 ทุน

3. เอกสารที่ต้องยื่นเพื่อขอรับทุน

1. แบบฟอร์มขอรับทุนการศึกษาตามแบบที่สหกรณ์กำหนด
2. สำเนาผลการเรียนเทอมล่าสุด สำหรับระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงระดับชั้นปริญญาตรี
3. กรณี ระดับชั้นอนุบาล ให้ใช้ใบรับรองจากสถานศึกษา หรือสมุดประจำตัวของบุตรสมาชิก
4. สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรสมาชิก
5. สำเนาสูติบัตร หรือสำเนาบัตรประชาชนของบุตรสมาชิก
6. เอกสารอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

4. ระยะเวลาการยื่นเอกสารขอรับทุนการศึกษา

1. ส่งเอกสารได้ตั้งแต่วันที่ 2 พฤศจิกายน 2569 ถึง 4 ธันวาคม 2569
2. ประกาศผล ณ บอร์ดสำนักงานสหกรณ์ และ Line official
3. วันมอบทุนการศึกษา ณ วันประชุมใหญ่สามัญประจำปี โดยการโอนผ่านบัญชีสมาชิก

ติดต่อสอบถามรายละเอียดและขอเอกสารการขอรับทุนการศึกษาได้ที่สำนักงานสหกรณ์ โทรศัพท์ 02-306-9899 ต่อ 1255 เบอร์มือถือ 095-989-9386

ประกาศ ณ วันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2569

(นางสาวจิตรลดา จักรเพชรโยธิน)
กรรมการเลขานุการ
ปฏิบัติหน้าที่แทน ประธานกรรมการดำเนินการ
สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลประสาท จำกัด

สอ.รพป.1-010

เลขที่.....
รับวันที่.....
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

แนบเอกสาร ดังนี้
1. แบบฟอร์มขอรับทุนการศึกษา 1 ใบ
2. สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร 1 ใบ
3. สำเนาสูติบัตรหรือสำเนาบัตรประชาชนของบุตรสมาชิก 1 ใบ
4. เอกสารอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. สำเนาใบรับรองผลการเรียนบุตรปีการศึกษาที่ผ่านมา 1 ใบ

ส่งเอกสารได้ตั้งแต่วันที่ 2 พฤศจิกายน ถึง 4 ธันวาคม 2569
ประกาศผล ณ บอร์ดสำนักงานสหกรณ์ และ Line Official
กรุณากรอกเอกสารด้วยตัวบรรจง

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลประสาท จำกัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรสมาชิก

เรียน คณะกรรมการการศึกษา

ส่วนที่ 1. ข้อมูลสมาชิก

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน..... เป็นสมาชิกประเภท [ ] สามัญ [ ] สมทบ

ตำแหน่ง.....ฝ่าย/งาน.....สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 2. ข้อมูลคู่สมรส

ชื่อ - สกุล(นาย/นาง/นางสาว)..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ ( ) เป็น ( ) ไม่เป็น

ส่วนที่ 3. ข้อมูลบุตร

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตร

ระดับชั้น ( ) อนุบาล ( ) ประถมศึกษา

( ) มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ( ) ปวส./ปริญญาตรี

ชื่อ - สกุล บุตร (ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.).....อายุ.....ปี

ปัจจุบันศึกษาอยู่ ชื่อสถานศึกษา.....ผลเกรดเฉลี่ย.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....(สมาชิกผู้ขอรับทุน)

(.....)

วันที่ ...../...../.....

.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

ประจำฝ่าย/งาน.....ขอรับรองว่า(ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส).....

เป็นบุตรของ(นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกผู้ขอรับทุนส่งเสริมการศึกษาบุตรจริง

(ลงชื่อ).....(ผู้บังคับบัญชา)

(.....)

วันที่ ...../...../.....